	FORMATO RESUMEN ANALÍTICO DE INVESTIGACIÓN TRABAJOS DE GRADO ASOCIADOS A LA PRÁCTICA/ TRABAJOS DE PRACTICA INVESTIGATIVA	CV -	
		Versión 1	Página 1 de 27

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA KONRAD LORENZ
CENTROS DE INVESTIGACIONES**

A continuación encontrarán los criterios para la presentación de Trabajos de Grado asociados a la práctica (TGAP) o Trabajos Práctica Investigativa (TPI). El estilo de presentación debe cumplir con los lineamientos del *Manual de Estilo de Publicaciones de la American Psychological Association* 6ª Ed. (2010).

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL TRABAJO DE GRADO ASOCIADO A LA PRÁCTICA / PRACTICA INVESTIGATIVA	
TITULO DEL TRABAJO	PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA ESCALA FIVE FACTOR MINDFULNESS QUESTIONNAIRE EN UNA MUESTRA COLOMBIANA.
DIRECTOR TRABAJO DE GRADO/ SUPERVISOR PRACTICA INVESTIGATIVA	Javier Mauricio Bianchi Salguero
AUTOR (ES)	Melissa Paola Sosa Ochoa
PALABRAS CLAVE	Correlaciones, Confiabilidad, Evidencia de validez, Mindfulness, Propiedades Psicométricas, FFMQ.
AÑO / PERIODO	2019-I
MODALIDAD	Tesis de Maestría

1. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO (RESUMEN O ABSTRACT)
--

El presente estudio estimó las propiedades psicométricas del Five Factor Mindfulness Questionnaire FFMQ en una muestra colombiana, con dos muestras: población general (n=305) y clínica (n=90). La FFMQ está compuesta por 39 ítems, miden la tendencia general de Atención Plena a partir de cinco factores: Observación, Descripción, Actuar con Conciencia, Ausencia de Juicio y Ausencia de Reactividad. Se encontró apropiados niveles de consistencia interna ($\alpha = .867$ y $\omega = .848$). Por dimensiones coeficientes α ente .792 (No Reactividad) y .868 (Actuar dándose cuenta), que los ubican en rangos de aceptables a buenos. Presentó correlaciones significativas moderadas ($\pm r > 0.315$) con Mindfulness (MAAS), Evitación experiencial (AAQ-II), Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) y la Salud Autopercibida (GHQ-12), coherente con la teoría. La FFMQ mostró un buen nivel de confiabilidad y evidencias aceptables de validez sustentadas en la relación con otros constructos y en la estructura de cinco factores que mantiene coherencia con la versión original.

2. INTRODUCCIÓN

(JUSTIFICACIÓN Y ENMARCAMIENTO CONCEPTUAL Y TEÓRICO DEL PROBLEMA SU EXTENSIÓN DEBE ESTAR ENTRE 1 Y 2 PAGINAS)

La Psicometría se ocupa de los problemas de medición en Psicología, ha hecho uso de la estadística como pilar básico para la elaboración de teorías y para el desarrollo de métodos y técnicas específicas de medición (Abad, Olea, Ponsada y García, 2011). Uno de los propósitos, dentro del campo de la psicología clínica, es tener a disposición instrumentos estandarizados que permitan evaluar, clasificar y cuantificar tanto las alteraciones mentales como los cambios que se manifiestan tras la aplicación de los tratamientos farmacológicos o conductuales. Por tanto, la psicometría a lo largo del tiempo ha contribuido a la psicología básica y aplicada, así como a la psiquiatría, en aspectos relacionados con el diagnóstico clínico y el tratamiento (Roncero, 2015).

Países como México, Argentina, Perú y Chile avanzan en la construcción y validación de pruebas psicológicas, a través de procesos de adaptación idiomática, estimación de índices de confiabilidad y recolección de evidencias de validez, contribuyendo a contar con instrumentos de medidas más confiables y válidos para cada una de las poblaciones. En este sentido, utilizar instrumentos que se desarrollaron en otros contextos culturales implica investigar las propiedades psicométricas y así garantizar que dicha medida es acorde a la población en la que se utilizará; lo cual disminuiría errores metodológicos al hacer uso de ellos y propende por garantizar una mejor medida de los atributos, constructos o rasgos a ser evaluados a través de dichos instrumentos (Hernández-Vargas, Valencia-Lara, & Rodríguez-Valderrama, 2003).

La gran mayoría de los test que se utilizan son originarios de Estados Unidos, seguidos por los elaborados en Europa, especialmente España, por lo que no tener en cuenta aspectos como la cultura y las diferencias lingüísticas e idiomáticas disminuiría la confiabilidad y validez de éstos al no contar con datos que respalden su ajuste con la población objeto de evaluación, viéndose afectado el instrumento de medida en cuanto a su uso. En pocas palabras, aunque el test haya demostrado adecuadas propiedades psicométricas en una determinada cultura, no significa que puede ser aplicado en otra (Chahín-Pinzón, 2014).

Las adaptaciones de instrumentos de medida tienen ventajas frente a la construcción de pruebas psicométricas. La practicidad, la cual se ve reflejada en menor tiempo y recursos (humanos, tecnológicos, materiales, económicos, entre otros) para dicho proceso. Y, en el caso de las investigaciones que involucran participantes de diversas culturas, se requiere instrumentos de medida adecuados para dicha diversidad cultural (Chahín-Pinzón, 2015; Ercikan, 2002; Hambleton & Patsula, 1998; Hui & Triandis, 1985; Van de Vijver & Hambleton, 1996).

El reciente interés en el uso y desarrollo de estrategias de intervención apoyadas en Mindfulness, o conciencia plena, demanda el desarrollo y adaptación de instrumentos de medida que den cuenta de la adquisición o no de dicha habilidad; ya sea como resultado de una intervención clínica o como procedimientos específicos dentro de una terapia multicomponente. Es así que, hoy en día, tanto los modelos conductuales contextuales como los modelos cognitivos incluyen el entrenamiento en mindfulness para favorecer diferentes procesos de intervención y redundar en el beneficio de la estabilidad emocional de los consultantes. Es el caso de las Terapias de Aceptación y Compromiso (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999), la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (Segal, Williams, & Teasdale, 2002), la Activación Conductual (Barraca, 2006; Hayes, 2004; Pérez-Álvarez, 2006), la Terapia Dialéctico Conductual (Forsyth, Lejuez, Hawkins, & Eifert, 1996), entre otras.

A medida que se ha incluido como una estrategia de intervención se ha incrementado las investigaciones relacionadas con el mindfulness (Pickert, 2014). En los estudios sobre su efectividad se ha encontrado que las intervenciones de entrenamiento en atención plena pueden mejorar una amplia gama de resultados de salud mental y física, como reducir el riesgo de recaída en la depresión mayor (Bowen et al., 2014), retrasar la patogénesis del VIH (Creswell, Myers, Cole, & Irwin, 2009), mejorar el tratamiento de la psoriasis (Kabat-Zinn et al., 1998), y reducir el riesgo de recaída de fármacos (Teasdale et al., 2000).

Ahora bien, se han desarrollado medidas para evaluar el Mindfulness, tales como el Inventario de Conciencia plena de Freiburg FMI (Buchhedl, Groosam, & Wallach, 2001), la Escala de Atención y Conciencia plena MAAS (Brown & Ryan, 2003), el Inventario de habilidades de atención plena de Kentucky KIMS (Baer, Smith, & Allen, 2004), la Escala de Conciencia de Toronto TMS (Lau et al., 2006), la Escala de conciencia de Filadelfia PHLMS (Cardaciotto et al., 2008) y el Southampton Mindfulness Questionnaire SMQ (Chadwick et al., 2008).

Existen diferencias tanto en los objetivos como en los factores que apoyan el constructo teórico que fundamenta cada una de estas escalas. Por ejemplo, en el caso de los instrumentos FMI y TMS su propósito principal es evaluar aspectos relacionados con la práctica de la meditación, mientras que las escalas MAAS, KIMS, PHLMS Y FFMQ, no lo tienen en cuenta. Por otro lado, el MAAS, FMI, SMQ y TMS, sólo tienen en cuenta 1 factor mientras que el FFMQ tiene cinco. Parte de las razones por las cuales se presenta esta diversidad es que no hay un acuerdo entre los investigadores acerca de las dimensiones que están presentes en el mindfulness, lo que repercute en las medidas que se desarrollen.

Algunas de las razones para seleccionar el FFMQ como instrumento a ser validado en población colombiana son su grado de sensibilidad a la intervención (Cebolla & Miro, 2007; Camordy & Baer, 2008; Kuyken et al., 2010) y el hecho de que sus cinco factores se encuentran relacionados directamente con la identificación de la conciencia plena y las habilidades que ayudan a la reducción de síntomas, lo que conlleva a determinar de una mejor manera los aspectos relacionados con su entrenamiento, que redundarían, posterior a la intervención, en un mayor bienestar (Cash & Whittingham, 2010).

Actualmente se han realizado varias traducciones y adaptaciones del FFMQ, en países como Suecia (Lilja et al., 2011), Francia (Heeren et al., 2011), Holanda (Bohlmeijer et al., 2011; Veehof et al., 2011; De-Bruin et al., 2012), Japón (Sugiura et al., 2011), China (Deng et al., 2011), Noruega (Dundas et al., 2013), España (Cebolla et al., 2012), Perú (Mola-Gubbins, 2009), Chile (Schmidt & Vinet, 2015), Argentina (Anchorena, Ghiglione, & Nader, 2017) y México (Meda, Herreo, Blanco, Moreno, & Palomera, 2015). En la totalidad de estas investigaciones reportan buenas propiedades psicométricas; lo que hace resaltar el interés en diferentes lugares del mundo por contar con esta escala como una herramienta de evaluación. En Colombia, en la búsqueda llevada a cabo, no se encuentran estudios de este tipo con el FFMQ; hasta el momento la única escala validada es la MAAS (Ruiz, Suarez, & Riaño, 2016) en población de estudiantes universitarios.

Por otro lado, en cuanto a la evaluación del mindfulness existe tres cuestionamientos que son importantes a la hora de hacer este tipo de estudios, en primer lugar que no hay una definición clara y concisa acerca del mindfulness, en segundo lugar la falta de claridad en relación a sus dimensiones y, por último, la validez relativa de instrumentos que existen para medir mindfulness (Bergnomi, Tschacher, & Kupper, 2012). En relación al último cuestionamiento, se ha hecho énfasis en la necesidad de utilizar conjuntamente autoinformes y otras medidas alternativas (Sauer et al., 2013).

Por ende, la presente investigación pretende identificar las propiedades psicométricas de una escala que no ha sido validada en el contexto colombiano para medir mindfulness, la Five Factor Mindfulness Questionnaire, FFMQ, para lograr dicho propósito es importante revisar aspectos que son relevantes en relación con el mindfulness, escalas de medidas de mindfulness, estudios psicométricos en relación con la FFMQ, así como la evidencia empírica y el uso demostrable de la escala, entre otros.

3. METODOLOGÍA

Para la realización de la adaptación se recogió una muestra piloto de 64 participantes, con edades comprendidas entre 18 y 63 años ($ME = 29.79$; $D.E. = 8.922$), siendo el 65.63% correspondiente al sexo femenino y el 34.38% al masculino, quienes evaluaron la claridad de las preguntas en la fase de adaptación. Para el análisis de la aplicación definitiva del FFMQ se seleccionó una muestra de 395 personas mayores de edad que aceptaron participar voluntariamente y diligenciaron las escalas divulgadas por las redes sociales. De esta muestra se destaca un 63.5% de mujeres y 36.5% hombres, 56.2% pertenecientes a la región de la Costa Caribe y 33.7% de Bogotá, con edades entre 18 y 69 años ($ME = 29.88$; $D.E. = 9.626$). Del total de la muestra, se contó con 90 participantes (22.8%) internos en instituciones de salud mental que reportaron recibir terapia psicológica, tener diagnósticos de depresión, ansiedad, trastorno límite de la personalidad, trastorno de personalidad del grupo C, depresión mayor, trastorno alimentario o adicción a la cocaína, mismos criterios usados en el estudio de Cebolla et al., (2012), quienes conformaron el grupo clínico. Los demás participantes (305; 77.2%) conformaron el grupo no clínico (general). Por otro lado, en el presente estudio se estimaron las propiedades psicométricas de un instrumento de medición, por ende, es de tipo instrumental.

Para la realización de dicha investigación se hizo uso de los siguientes instrumentos:

Escala Five Factor Mindfulness Questionnaire (FFMQ). Se trata de una escala de 39 reactivos desarrollada para evaluar Mindfulness (Atención Plena), conformada por cinco facetas a saber (Baer et al., 2008): *Observar* (ítems 1, 6, 11, 15, 20, 26, 31, 36), *Describir* (ítems 2, 7, 12R, 16R, 22R, 27, 32, 37), *Actuar con Conciencia* (ítems 5R, 8R, 13R, 18R, 23R, 28R, 34R, 38R), *No Juzgar* (ítems 3R, 10R, 14R, 17R, 25R, 30R, 35R, 39R) y *No Reactividad* (ítems 4, 9, 19, 21, 24, 29, 33). Los ítems consisten en una serie de afirmaciones calificables en una escala tipo Likert de cinco valores que van de 0 a 5, donde 0 es nunca y 5 muy a menudo, con calificación inversa (R) para 19 ítems. Por su parte Cebolla et al. (2012) reportan en la adaptación española ($n = 462$) con dos muestras clasificadas como clínica y no clínica (estudiantes universitarios y población general), una consistencia interna para las dimensiones entre .80 y .91 (α), con un alfa de .88 para el puntaje total de la escala.

Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ II). Este instrumento fue diseñado por Hayes et al. (2004) en población norteamericana. Fue validado y adaptado en el contexto español por Ruiz, Langer, Luciano, Cangas y Beltrán, que en el 2013 tuvieron como principal objetivo obtener una medida general sobre la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica. Posteriormente fue adaptada y validada por Ruiz et al. (2016) en población colombiana. El instrumento presenta 7 ítems que hacen referencia a la falta de voluntad al vivir o experimentar pensamientos, emociones y situaciones no deseadas, así como la imposibilidad de alcanzar metas y valores personales relacionados con pensamientos, emociones o situaciones dolorosas o molestas. El cuestionario maneja una escala tipo Likert de 1 a 7 (siendo 1 Nunca es verdad, 4 A veces es verdad y 7 Siempre es verdad). Presenta un alfa de Cronbach de .82 y responde a una estructura factorial representada por un único factor; para la adaptación en Colombia la escala presentó una buena consistencia interna ($\alpha = [.88 \text{ y } .91]$).

Escala de Conciencia y Atención Mindfulness (MAAS). Este instrumento fue creado por Brown y Ryan (2003) en población norteamericana, y se compone de las subescalas de conciencia y atención. Fue adaptada al español y validada por Ruiz, Suárez-Falcón y Riaño-Hernández (2016), en población colombiana. El MAAS es una escala de 15 ítems tipo Likert de 1 a 6 puntos (siendo 1 de casi siempre y 6 de casi nunca), diseñada para medir el grado en que los individuos prestan atención durante varias tareas o, por el contrario, se comportan en "piloto automático", sin prestar suficiente atención; además de no requerir familiaridad con la meditación. La versión en español de la MAAS (Soler et al., 2012) ha demostrado buenas propiedades psicométricas con un alfa de Cronbach de .89 y una estructura de un factor, en la adaptación y validación en población colombiana el alfa fue de .92.

Depression Anxiety Stress Scales (DASS - 21). Desarrollada por Lovibond y Lovibond (1995), adaptada al español por Daza et al. (2002) y se encuentra validada en Colombia por Ruiz et al., (2017). El DASS-21, cuenta con 21 ítems con cuatro alternativas de respuesta tipo Likert, de 0 a 3 (siendo 0 no me ha ocurrido y 3 me ha

ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo). A su vez está conformada por tres subescalas correspondientes a sentimientos negativos; ansiedad (ítems 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20), depresión (ítems 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21) y estrés (ítems 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18). Para dar respuesta a esta escala, debe indicar en qué medida la frase describe como se sintió durante la última semana. Para la adaptación en Colombia la escala presentó una buena consistencia interna entre .92 y .95.

Cuestionario General de Salud – 12 (GHQ-12). Cuestionario desarrollado por Goldberg y Williams (1988), adaptado al español por Rocha, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell, y Obiols (2011). El GHQ-12 es una escala tipo Likert de 4 ítems y 4 opciones de respuesta, que se utiliza con frecuencia como detección de trastornos psicológicos. El instrumento evalúa la salud autopercebida y tiene en cuenta dos dimensiones, bienestar psicológico y funcionamiento social y afrontamiento. El coeficiente alfa de Cronbach para el GHQ-12 varía entre .82 y .86. Además, el cuestionario se encuentra validado y adaptado en Colombia por Ruiz et al. (2017), la consistencia interna para la escala fue de .90.

Consentimiento informado. En el formato se le aclara al sujeto aspectos relacionados con los fines de participar en la investigación, la participación voluntaria, el objetivo del estudio, los beneficios, los riesgos, la confidencialidad, entre otros.

Cuestionario de datos sociodemográficos. Es un cuestionario donde se les solicitan a los participantes información general tal como su edad, sexo, estado civil, estrato, ocupación y algunos antecedentes personales,

El proceso de la investigación se realizó en las siguientes fases:

Fase I. Autorización. Se obtuvo la autorización para el uso de la escala con fines académicos e investigativos tanto del autor original como de la versión en español.

Fase II. Evaluación. Se contó con 5 jueces expertos, profesionales en psicología con formación de maestría y conocimientos en el área de terapias de tercera generación en especial en Mindfulness (3) y en Psicometría (2); se hizo uso de un formato para la calificación de cada ítem en términos de pertinencia, semántica, sintaxis y coherencia en una escala tipo Likert de 1 a 5 (siendo 1 totalmente en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo); se obtuvieron las calificaciones de los jueces expertos de la revisión de cada ítem. De acuerdo a dicha evaluación se estimó el grado de concordancia obtenida por los jueces por medio del índice Kappa de Randolph (1971) y se realizó el ajuste pertinente.

Fase III. Pilotaje. Se realizó un pilotaje con 64 participantes en donde se explora la claridad de cada uno de los ítems que componen la escala con posterior evaluación cualitativa de las observaciones de la muestra piloto.

Fase IV. Aplicación de la prueba. En esta fase se realizó los trámites relacionados con la consecución de permisos para la aplicación en la muestra “clínica”. Se solicitó las autorizaciones a 2 entidades clínicas prestadoras de servicio de salud mental. Además, para la muestra “no clínica” se realizó la prueba en medio magnético, compartiéndose por redes sociales o vía correo electrónico un link de acceso a la plataforma *Google Formulario*, adjuntándose el consentimiento informado, el Cuestionario de Datos Sociodemográficos, la escala FFMQ, el Acceptance and Action Questionnaire, II AAQ-II, la Escala de Consciencia y Atención Mindfulness, MAAS, la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés, DASS – 21 y el Cuestionario General de Salud–12. Por tanto, las personas que participaron accedieron a estas desde sus computadores, tabletas y Smartphones. Además, se incluyeron en cada uno de los apartados las instrucciones para el diligenciamiento de los mismos y así propender por garantizar las respuestas adecuadas de las escalas.

Fase V. Análisis de datos. En esta fase se tuvo en cuenta la base de datos que arrojó la plataforma, para la revisión, organización de los datos y su respectivo análisis por medio del paquete estadístico SPSS versión 25 y su extensión AMOS versión 23, así como el programa FACTOR versión 10.9.02. Se calcularon las puntuaciones totales de los instrumentos aplicados y se hizo un estudio de los criterios de exclusión por medio de las respuestas en el cuestionario de datos personales. El plan para el análisis de los datos estuvo planteado en el siguiente orden: estadísticos descriptivos de los instrumentos, el análisis de los kappa y estadísticos de los ítems para la evaluación de contenido de los jueces, análisis factorial confirmatorio, correlaciones con otras escalas y la consistencia interna de la

prueba, técnicas de análisis que tuvieron como resultado las evidencias de validez y confiabilidad.

Para concordancia entre observaciones de los jueces (validez de contenido) se calcularon los coeficientes Kappa de Randolph (k_{free}), y su interpretación con el criterio de Landis y Koch (Citado por, Fleiss, Levin, Cho, Shewart y Wilks, 2003) que señala que cuando $k_{free} < .40$ la consistencia es pobre, $.40 < k_{free} < .75$ es aceptable y $k_{free} > .75$ es excelente. Posteriormente se realizaron ajustes a los ítems en aspectos como pertinencia suficiencia, pertinencia, relevancia, sintaxis y

semántica tras el análisis de las recomendaciones señaladas y de medianas de los ítems evaluados por los jueces en los que valores menores a 5 fueron tomados como criterio para revisar y ajustar su contenido. Posteriormente con la muestra piloto ($n=64$), se analizó la claridad de los ítems de acuerdo con las observaciones señaladas de forma abierta.

Los últimos datos obtenidos con la aplicación de la prueba a una muestra de 395 personas fueron empleadas para estudiar la confiabilidad y las demás fuentes de validez. Inicialmente se obtuvieron los estadísticos descriptivos de las escalas MAAS, AAQ-II, DAS-21 Y GHQ-12 para ambos sexos y por medio de los coeficientes Alfa de Cronbach y Omega de Mc Donald FFMQ en cada uno de los factores y el total se analizó la confiabilidad de la prueba. Su interpretación se realizó según el criterio de George y Mallery (2003) que valora los coeficientes $\alpha > .9$ como excelentes, $\alpha > .8$ buenos, $\alpha > .7$ aceptables y $\alpha > .6$ cuestionables y $\alpha > .5$ pobres, $\alpha < .5$ inaceptables. La Omega de Mc Donald se calculó con el programa FACTOR, que se usa en el contexto del AFC. Con el análisis de posibles fuentes de error (alfa de Cronbach si se elimina el ítem) se procedió a analizar las correlaciones ítem-dimensión e ítem-total para dar cuenta de la discriminación. Para las correlaciones entre el FFMQ, sus dimensiones y las escalas MAAS, AAQ-II, DAS-21(y sus dimensiones) Y GHQ-12, se obtuvo la matriz de correlaciones (r) y la significancia estadística ($\alpha=0.05$). En el análisis factorial exploratorio (AFE) se usó un modelo de máxima verosimilitud con rotación Oblimín, con previa verificación del índice KMO y la prueba de esfericidad de Bartlett para adecuación de los datos en el AFE. Se analizó el gráfico de sedimentación y la varianza explicada para determinar el número de factores, y las correlaciones residuales y las matrices de estructura factorial para analizar el aporte de los ítems a los factores señalados. Finalmente, para el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) se empleó el modelo de máxima verosimilitud y se analizaron cinco modelos con los índices, χ^2/df , NFI, IFI, CFI y RMSEA. En algunos de los modelos, se propusieron relaciones entre errores de los ítems de acuerdo con los índices de modificación, siempre

y cuando estas relaciones fueran consistentes con lo propuesto inicialmente por Baer (2008) en cuanto a la estructura del instrumento, por lo cual se consideraron solo aquellas relaciones entre errores de la misma dimensión con índices de modificación elevados.

Asimismo, de manera general para el desarrollo de la presente investigación se tuvieron en cuenta aspectos relacionados con la ley 1090 del 2006, tal como el manejo de la confidencialidad de los participantes contemplado en el cap. II del Art.5 (cuestionario de datos personales para evitar ruptura en la confidencialidad); por otro lado, en el consentimiento informado se aclaró que la información que se recoja será confidencial y el objetivo de la investigación. Asimismo, se especificó que las personas serán autónomas para retirarse cuando así lo deseen, y no se usará los datos para ningún otro propósito fuera de los de la presente investigación. Además, se precisó que la aplicación tiene fines investigativos mas no diagnósticos ni clínicos, si en algún momento el participante decide tener conocimiento de los resultados los podrá solicitar al investigador principal, por lo cual se dieron los medios de contacto (correo electrónico). Por último, se cuenta con la autorización de los traductores de la escala (se cuenta con la confirmación vía correo electrónico de los validadores de la escala en población española).

De acuerdo a lo propuesto por el Art 13 de la ley 1090 del 2016, se propendió por ejercicio basado en los principios de beneficencia, no-maleficencia, y justicia.

Primero, se veló por el principio de beneficencia y no-maleficencia en la medida en que se realizará una investigación que si bien no es con fin evaluativo buscará dar a cada uno de los sujetos una retroalimentación si llegase a tener puntuaciones que evidencien algún riesgo psicológico para los mismos, así mismo no se realizará un procedimiento que genere riesgo de ningún tipo para los participantes; de igual forma el principio de justicia se llevó a cabo al realizar el cumplimiento del objetivo investigativo sin extralimitarlo ni haciendo uso de la investigación para fines externos a los delimitados y explicados a los participantes.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

SE DEBERÁ MOSTRAR, EN FORMA ORGANIZADA Y PRECISA LOS RESULTADOS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN, Y PRESENTAR LAS CONCLUSIONES SOBRE LOS MISMOS. SU EXTENSIÓN DEBE ESTAR ENTRE 2 Y 4 PÁGINAS.

Análisis descriptivo de los instrumentos

Las tablas 1 y 2 muestran los descriptivos de la aplicación de los instrumentos del estudio de acuerdo con el sexo y grupo (clínico, no clínico). En cuanto al sexo, los promedios de los instrumentos y sus dimensiones son similares en hombres y mujeres con excepción de las puntuaciones del AAQ (ver tabla 1), en las que se aprecia un promedio más alto en el grupo de mujeres (M=25.60; D.E.=11.53).

Por su parte, en la tabla 2, se observa que para la población clínica las medidas AAQ-II, DASS-21 y GHQ-12 presentan promedios más altos que la población general, mientras se aprecian valores promedio más cercanos entre las escalas del FFMQ.

Tabla 1

Descriptivos del FFMQ de acuerdo al sexo.

	Sexo					
	Hombres		Mujeres		Total	
	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.
FFMQ						
Observar	22.84	6.26	23.15	6.16	23.04	6.19
Describir	27.75	5.88	28.97	6.16	28.53	6.08
Actuar	28.91	5.66	28.81	6.12	28.85	5.95
No Juzgar	28.59	5.88	28.00	5.68	28.22	5.75
No Reactividad	22.53	5.08	22.28	5.29	22.37	5.21
TOTAL	130.62	16.98	131.21	17.70	130.99	17.42
MAAS	57.06	16.23	58.55	15.87	58.01	16.00
AAQ	21.76	11.02	25.60	11.53	24.21	11.49
DASS-21						
Depresión	7.10	5.35	8.00	5.49	7.68	5.45
Ansiedad	7.21	5.27	8.10	5.13	7.77	5.19
Estrés	9.06	4.87	9.75	4.83	9.50	4.85
GHQ-12	11.47	7.46	12.24	7.28	11.96	7.35

Tabla 2

*Descriptivos del FFMQ de acuerdo al grupo (clínico, no clínico)**Población*

	Población No Clínica (General)		Población Clínica		Total	
	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.
FFMQ						
Observar	23.22	6.08	22.53	6.64	23.06	6.21
Describir	28.75	6.06	27.79	6.11	28.53	6.07
Actuar	28.83	6.02	28.89	5.71	28.84	5.95
No juzgar	28.12	5.78	28.47	5.69	28.20	5.75
No reactividad	22.66	5.10	21.37	5.45	22.36	5.21
Total	131.57	17.26	129.04	17.83	130.99	17.40
MAAS	63.57	13.94	39.47	4.75	58.08	16.05
AAQ-II	21.34	11.58	33.72	2.80	24.16	11.50
DASS-21						
Depresión	6.45	5.53	11.76	2.31	7.66	5.46
Ansiedad	6.65	5.28	11.51	2.41	7.76	5.20
Estrés	8.79	5.18	11.82	2.32	9.48	4.85
GHQ-12	9.87	6.82	18.97	3.97	11.94	7.35

Consistencia interna

El análisis de confiabilidad fue realizado mediante el método de consistencia interna, en el que se encontraron adecuados coeficientes alfa de Cronbach ($\alpha=.861$) y Omega de McDonald ($\omega=.848$) para la escala total. A nivel dimensional, los coeficientes α presentan valores por encima de .8 con excepción de la escala de *No Reactividad* ($\alpha=.792$). No obstante, todos los índices se mantienen en un rango aceptable a bueno según la clasificación de George y Mallery (2003), en cuanto al índice de Omega, responde a una fiabilidad buena (Evers, Sijtsma, Lucassen, & Meijer, 2010).

En la dimensión de *Observación* se encontró que la eliminación de la pregunta 11 aumenta el índice de consistencia interna a ($\alpha=.820$). En la dimensión *Describir*, la eliminación de la pregunta 22 y 32 aumentarían el índice .843 y .841 respectivamente, mientras que en la dimensión *No juzgar la experiencia interna* la eliminación de la pregunta 17 aumentaría la consistencia interna a .865.

En cuanto a la discriminación de las preguntas en las dimensiones, se identifica que la pregunta 17 presenta correlaciones ítem total negativa y cercana a 0 ($r=-.034$). Las demás preguntas presentan correlaciones positivas entre el ítem y el total, con magnitudes moderadas y altas.

Evidencia de validez relacionada con el criterio

La tabla 4, muestra correlaciones del FFMQ con todas las escalas propuestas como criterios, evidenciándose coeficientes de Pearson significativos y negativos con las puntuaciones de síntomas de ansiedad, depresión y estrés (DASS-21), la evitación experiencial (AAQ-II) y la escala de síntomas (GHQ-12). Cabe mencionar que la dimensión *observar* no correlaciona de manera significativa con ninguna de las escalas clínicas, ni con la escala MAAS. Asimismo, en la dimensión

Describir no se evidencia correlación con la escala de *Estrés* del DASS-21 ($r=-.340$; $p>\alpha$) ni con el GHQ-12 ($r=-.298$; $p>\alpha$), mientras que en la dimensión *No Reactividad* no hay relación significativa con el MAAS ($r=.258$; $p>\alpha$).

Tabla 4

Correlaciones FFMQ

	MAAS	AAQ-II	DASS21- Depresión	DASS21- Ansiedad	DASS21- Estrés	GHQ-12
Observar	.068	-.036	.001	.041	.042	.024
Describir	.310**	-.415**	-.353**	-.320**	-.340	-.298
Actuar	.436**	-.279**	-.302**	-.259**	-.362**	-.295**
No Juzgar	.204**	-.287**	-.282**	-.192**	-.279**	-.285**
No Reactividad	.258	-.327**	-.239**	-.234**	-.249**	-.210**
Total	.400**	-.439**	-.398**	-.315**	-.376**	-.352**

**La correlación es significativa en el nivel .01 (bilateral).

Diferencias en las escalas entre muestra clínica y general

Se realizaron pruebas de comparación de grupos mediante la prueba no paramétrica U de Mann Whitney una vez evaluada la normalidad de los datos ($KS=.034$, 1.116 ; $p<.05$). La tabla 5 muestra las pruebas realizadas en las dos muestras y se observan diferencias significativas entre las puntuaciones de todas las escalas ($p<0.05$) excepto en el FFMQ.

Tabla 5

Diferencias en las escalas entre muestra clínica y general

	Muestra	Rango promedio	Suma rangos	de M	D.E.	U de Mann- Whitney	p - valor
FFMQ	General	202,79	61851,50	131,57	17,26	12263,500	,125
	Clínica	181,76	16358,50	129,04	17,83		
	Total			130,99	17,40		
MAAS	General	237,77	72521,00	63,57	13,94	1594,000	,000
	Clínica	63,21	5689,00	39,47	4,75		
	Total			58,08	16,05		
AAQ-II	General	169,87	51811,50	21,34	11,58	5146,500	,000

DASS-21	Clínica	293,32	26398,50	33,72	2,80	5600,500	,000
	Total			24,16	11,50		
	Depresión	General	171,36	52265,50	6,45	5,53	
		Clínica	288,27	25944,50	11,76	2,31	
		Total			7,66	5,46	
	Ansiedad	General	172,23	52531,00	6,65	5,28	
GHQ		Clínica	285,32	25679,00	11,51	2,41	5866,000
		Total			7,76	5,20	
	Estrés	General	180,35	55006,00	8,79	5,18	
		Clínica	257,82	23204,00	11,82	2,32	
		Total			9,48	4,85	
		General	164,35	50125,50	9,87	6,82	
GHQ		Clínica	312,05	28084,50	18,97	3,97	3460,500
		Total			11,94	7,35	

Evidencia de validez relacionada con el contenido

Evaluación por Jueces Expertos. En la evaluación realizada por cinco jueces expertos acerca del contenido de las preguntas se obtuvieron porcentajes de acuerdo entre observadores entre 94.87% (criterio coherencia) y 60.26% (criterio semántica). En la tabla 11, se observan los porcentajes de acuerdo y los índices Kappa de marginal libre k_{free} (Randolph, 2005), para los que se aprecian valores excelentes en los criterios de pertinencia y coherencia, y valores adecuados para los criterios de sintaxis y semántica que permiten la toma de decisiones frente a los reactivos, según el criterio de Landis y Koch (citado por Cohen y Manion, 1990), quienes señalan que valores superiores a .4 son adecuados para el análisis.

Posteriormente, en el análisis de medianas realizado con las observaciones previamente obtenidas (en cuanto a su consistencia), se tomaron aquellas medianas de valoraciones diferentes de 5 (máximo posible) para la realización de ajustes para mejorar las propiedades lingüísticas y de contenido de la escala. La tabla 6 muestra que las preguntas 3, 4, 11, 12, 19, 21, 22, 26, 28, 31, 32, 35, se le hicieron ajustes de acuerdo a las puntuaciones obtenidas de las medianas.

Tabla 6

<i>Porcentaje de acuerdo de jueces según criterio de evaluación.</i>			
Criterio	Kappa	IC Kappa (95%)	Porcentaje de acuerdo
Pertinencia	.91	.83; .99	92.82%

Tabla 7

Coherente	.94	.87;.00	94.87%
Sintaxis	.71	.61;.82	77.18%
Semántica	.50	.39;.62	60.26%

Medianas de las calificaciones de los jueces expertos por criterio.

Ítem	Pertinencia	Coherente	Sintaxis	Semántica
1	5	5	5	5
2	5	5	5	5
3	5	5	5	4
4	5	5	5	4
5	5	5	5	5
6	5	5	5	5
7	5	5	5	5
8	5	5	5	5
9	5	5	5	5
10	5	5	5	5
11	5	5	4	3
12	4	5	5	5
13	5	5	5	5
14	5	5	5	5
15	5	5	5	5
16	5	5	5	5
17	5	5	5	5
18	5	5	5	5
19	5	5	5	4
20	5	5	5	5
21	5	5	5	4

22	5	5	5	4
23	5	5	5	5
24	5	5	5	5
25	5	5	5	5
26	5	5	5	4
27	5	5	5	5
28	5	5	5	4
29	5	5	5	5
30	5	5	5	5
31	5	5	5	4
32	5	5	5	3
33	5	5	5	5
34	5	5	5	5
35	5	5	5	4
36	5	5	5	5
37	5	5	5	5
38	5	5	5	5
39	5	5	5	5

Evidencia de validez relacionada con el Constructo

Teniendo en cuenta los resultados del Coeficiente de Correlación, se procedió a examinar la estructura interna del FFMQ por medio de un Análisis Factorial Exploratorio obtenido con el método de máxima verosimilitud. La medida de adecuación muestral de Kaiser Meyer-Olkin (KMO) mostró un valor de .874 adecuado, al igual que el test de Bartlett ($p < .05$), con lo cual se considera que los datos son adecuados para realizar el Análisis Factorial. En consideración a la regla de Kaiser-Guttman (autovalores mayores a 1), la solución inicial revela una estructura de ocho factores que explican el 60.1% de la varianza, es razonable una estructura de dos a seis factores de acuerdo con los cambios observados en las pendientes del gráfico de sedimentación y el aporte de cada uno de ellos (ver figura 1). Sin embargo, a partir del quinto factor los aportes son de menos del 4% de la varianza explicada, razón por la cual se limitó posteriormente el análisis a los cinco componentes propuestos originalmente.

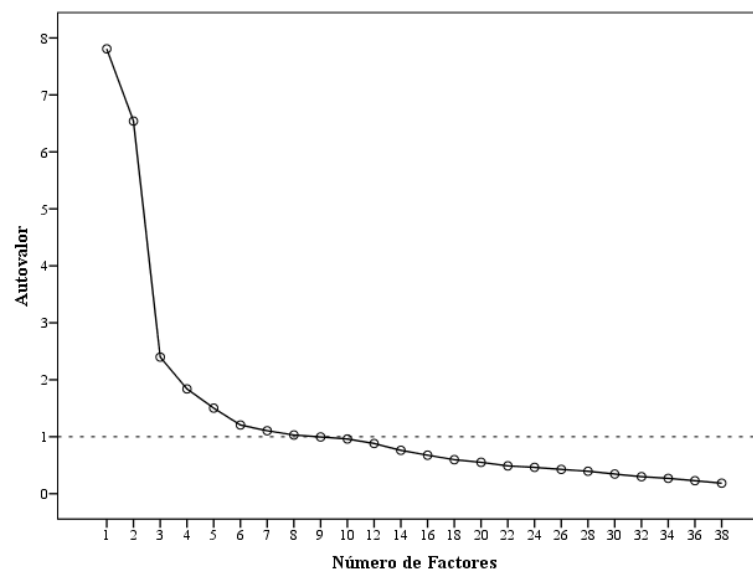


Figura 1. Gráfico de sedimentación

Se encontró con este análisis que 5 componentes explican el 51.5% de la varianza, sin embargo, los dos primeros componentes acumulan el 36.79% de la misma. La solución factorial de cinco componentes mostró que existe solo un 17 % de residuos no redundantes con valores absolutos mayores que 0,05, lo que representa que el número de factores probablemente es suficiente para reproducir la matriz de correlaciones observada (ver anexo 2) y el modelo factorial posiblemente es pertinente.

Al obtener la matriz de cargas estandarizadas con una rotación Oblimín se encontró que el quinto componente corresponde a la dimensión *Observar* (ítems 1, 6, 11, 15, 20, 26, 31, 36) que explica 20.02% de la varianza; El tercer componente se puede relacionar con la dimensión *Describir* (preguntas 2, 7, 12, 16, 37) con un 16.77% de la varianza explicada; El primer componente con la dimensión *Actuar dándose cuenta* (preguntas 5, 8, 13, 18, 22, 28, 34, 38) con un 6.15% de la varianza explicada; el segundo componente con la dimensión *No juzgar* (ítems 3, 10, 14, 23, 25, 30, 35 y 39) con un 4.71% de la varianza explicada, y un cuarto componente relacionado con la dimensión *No Reactividad* (ítems 4, 9, 17, 19, 21, 24, 27, 29, 32, 33) que explica 3.85% de la varianza. Todas las cargas factoriales corresponden con lo planteado por el autor (Baer, et. al., 2008), excepto las preguntas 27 y 32 que se relaciona más con *No reactividad*, la 22 con *Actuar con conciencia*, 23 con *No juzgar* y la 17 con *No reactividad* (ver tabla 13).

Tabla 8

Factor de carga estandarizado en el modelo de cinco factores correlacionados de la FFMQ.

Ítem	F1	F2	F3 No Juzgar	F4	F5
	Actuar con conciencia	No reactividad		Describir	Observar

1			.594
6			.636
11			.349
15			.587
20			.663
26			.676
31			.675
36			.564
4		.471	
9		.532	
17		-.219	
19		.433	
21		.651	
24		.633	
27		.558	
29		.590	
32		.402	
33		.696	
5	.752		
8	.705		
13	.825		
18	.653		
22	.439		
23	.568		
28	.632		
34	.645		
38	.581		
3		.623	
10		.689	
14		.600	
23		.349	
25		.751	
30		.811	
35		.700	
39		.619	

2	-.725
7	-.581
12	-.764
16	-.737
37	-.742

Análisis Factorial Confirmatorio

En la tabla 9, se presentan los índices de bondad de ajuste de los modelos con base al instrumento FFMQ, teniendo en cuenta que el que más se ajusta es el Quinto, observándose los siguientes índices $\chi^2 = 1925.623$, gl = 684, CFI= .814, RMSEA= .068. Sandin, Chorot, Santed y Valiente (2002) al referirse a los criterios para evaluar la bondad de ajuste sostienen que los valores cercanos a .90 en el CFI y los valores RMSEA deberían ser cercanos a .06 indicarían un buen ajuste entre los datos observados y el modelo hipotetizado.

Tabla 9

Análisis Factorial Confirmatorio de la FFMQ

Modelo factorial	χ^2 /gl	NFI	IFI	CFI	RMSEA
Primer Modelo (Cinco factores interrelacionados)	3.488	.674	.744	.742	.079
Segundo Modelo (Con relaciones entre errores)	2.952	.726	.8	.799	.07
Tercer Modelo (Cinco factores interrelacionados y eliminación del ítem 17)	3.592	.68	.746	.745	.081
Cuarto Modelo (Combinación modelos 2 y 3)	3.027	.732	.803	.802	.072
Quinto Modelo (Cinco factores interrelacionados y relaciones entre errores)	2.815	.74	.816	.814	.068

*Nota: CFI= Comparative fit index; RMSEA= Root mean square error of approximation

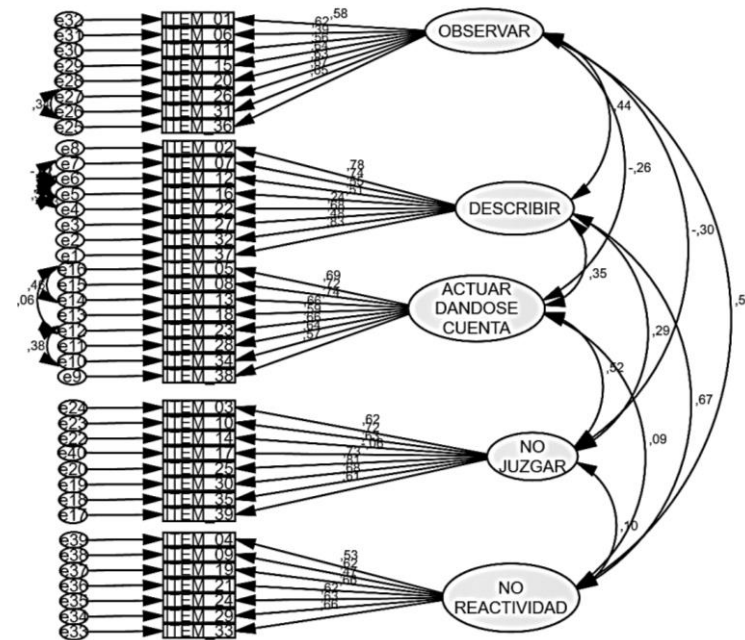


Figura 2. Estructura factorial FFMQ.

En la figura 2, se presenta la estructura factorial del instrumento, en el cual todos los ítems presentaron cargas factoriales superiores a 0.5, siendo la más baja -0.06 en el ítem 14. Asimismo, se evidencia que las covarianzas entre las dimensiones fueron positivas exceptuando la covarianza entre *Observar* y *No Juzgar* (-0.30) y *Observar* y *Actuar Dándose Cuenta* (-0.26), las cuales fueron negativas.

El objetivo de esta investigación consistía en estimar las propiedades psicométricas del FFMQ, con una muestra colombiana de 395 personas. Para el logro de este objetivo en primer lugar, se pudo dar cuenta de un adecuado nivel de confiabilidad estimado mediante el método de consistencia interna ($\alpha = .861$), que lo ubica como uno de los mayores coeficientes alfa de Cronbach reportados en estudios previos del FFMQ, con referencia a lo reportado por Cebolla et al. (2012) con α de .88 y Baer et al. (2008) con coeficientes en un rango de .81 a .86. De esta manera, la consistencia de las dimensiones de la escala, es alta y es similar a la de los estudios realizados por Mola-Gubbins (2009), Bohlmeijer et al. (2011), Heren et al. (2011), Sugiura et al. (2011), Deng et al. (2011), Dundas et al. (2013), Veehof et al. (2011), Cebolla et al. (2012), De-Bruin et al. (2012), Schmidt y Vinet (2015), Quintana (2016) y Anchorena et al. (2017). Adicionalmente, el coeficiente Omega de McDonald ($\omega = .848$), fue superior al encontrado por Meda et al., (2015) con un $\omega = .70$.

Similares resultados se observan al revisar la consistencia interna por dimensión, con coeficientes α entre .792 (*No Reactividad*) y .868 (*Actuar dándose cuenta*), que los ubican en rangos aceptables para dar cuenta de la consistencia del FFMQ total y por dimensiones. En cuanto a discriminación de las preguntas, las únicas con una correlación ítem escala a considerar fue la No. 17 ($r = -.034$) y 11 ($r = -.343$) que están por debajo de lo recomendado por Cohen y Manion (1990) y cuya eliminación aumentaría el Alfa de Cronbach, las cuales se interpretan como posibles fuentes de error en la medición del constructo. Cabe señalar que es más viable realizar ajuste

a la pregunta 11, mientras que las pregunta 17 puede ser susceptible de eliminación ya que no se correlaciona de forma significativa con el constructo.

En segundo lugar, se analizó el contenido de las preguntas por medio de dos fuentes de evaluación: expertos ($n=5$) y muestra piloto ($n=64$). Esta evaluación permitió observar con adecuada consistencia entre los jueces ($k_{free}=.5$ a .94) algunos aspectos de la sintaxis y semántica de las preguntas que se podían ajustar para adaptar la escala al contexto. De esta forma, se hicieron ajustes en las preguntas 3, 4, 11, 12, 19, 21, 22, 26, 28, 31, 32, 35, de acuerdo a las puntuaciones obtenidas de las medianas evaluadas por los jueces expertos, para así mejorar las propiedades lingüísticas y de contenido de la escala; por ejemplo, en el ítem 3 para la versión española (Cebolla et al., 2012) del FFMQ, “*Me critico a mí mismo/a por tener emociones irracionales o inapropiadas*”, mientras que en la versión adaptada “*Me critico por tener emociones inapropiadas*”.

Adicionalmente, los jueces avalaron la pertinencia y coherencia de todas las preguntas del FFMQ en las que se otorgó de forma absoluta la máxima puntuación (5) en cada una de las preguntas, como una evidencia de su validez del contenido.

Por su parte, otra evidencia de validez importante para el FFMQ fue la encontrada a partir de su relación con constructos similares y otras medidas de orden clínico. La escala total presentó correlaciones significativas de magnitud moderada ($\pm r > 0.315$) con cada una de las escalas de forma coherente con la teoría, como Mindfulness (MAAS), Evitación experiencial (AAQ-II), Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) y la Salud Autopercibida (GHQ-12). Estas relaciones también son similares a las reportadas por Veehof et al. (2011) y Cebolla et al. (2012) e indicarían que a mayor habilidad para actuar con conciencia plena menor evitación experiencial, inflexibilidad psicológica y magnitud de síntomas de ansiedad, depresión y estrés. Esta es una evidencia importante de validez, ya que se conoce ampliamente la forma como las habilidades de conciencia plena covarían positivamente con la salud mental y negativamente con síntomas de ansiedad, depresión, abuso de sustancias, trastornos alimenticios y dolor crónico. Así mismo las terapias donde se entrenan estas habilidades han mostrado efectividad para incrementar la salud física (mejora la función inmune, reducción de presión sanguínea y niveles de cortisol) y mental (Hölzel et. al, 2011), de tal forma que, con una práctica adecuada de conciencia plena, ésta podrá ser útil como una estrategia para la reducción de sintomatología psicológica (Schmidt & Vinet, 2015).

La dimensión de *Observar* no presentó correlaciones significativas con los instrumentos mencionados, resultado similar al señalado en el estudio de Cebolla et al. (2012), en el que se enuncia que dicha dimensión no demostró correlaciones con ninguna de las escalas. La consistencia en este hallazgo sugiere que esta dimensión puede estar evaluando un aspecto diferente al que pretende el FFMQ en su totalidad.

Así mismo, la Escala de Consciencia y Atención Mindfulness MAAS (Cebolla et al., 2012) correlaciona con las dimensiones *Describir*, *Actuar conscientemente* y *No juzgar la propia experiencia*, son habilidades requeridas para actuar con conciencia plena.

En cuanto a la escala Depression Anxiety Stress Scales DASS-21 (Schmidt & Vinet, 2015), presentó correlaciones inversas con las dimensiones *Actuar conscientemente* y *No Juzgar La Propia Experiencia Interna*, lo cual está en línea con las evidencias de que la conciencia plena, sin juicios reduce el malestar psicológico experimentado por los sujetos, elementos incluidos en las terapias de tercera generación (Coutiño, 2012).

Por otro lado, se encontró que el FFMQ no discrimina entre muestra clínica y no clínica, debido a que las diferencias no son significativas en la población clínica y no clínica, mientras que las otras escalas sí cuentan con diferencias significativas.

Respecto a la evidencia de estructura interna de la escala, el Análisis Factorial presenta buena estructura y confirma buenas cargas factoriales que se agrupan con base a lo estipulado por los autores (Baer, et. al., 2008); cabe mencionar que incluso las preguntas 27 y 32 pertenecen a la dimensión *Describir*, del cual cargó al factor *No reactividad* y a su vez, la 22 al factor con *Actuar con conciencia*, además de la 23 de *Actuar con Conciencia* cargó a *No juzgar la Propia Experiencia Interna*. Sin embargo, el ítem 17 (“*Evalúo si mis pensamientos son buenos o malos*”) que pertenece a la dimensión de *No Juzgar la propia experiencia* cargó al factor de *No reactividad* sobre la experiencia interna, hallazgo que complementa lo analizado en la confiabilidad como fuente de error (aumento de α con su eliminación) y en términos de su discriminación.

Por ende, a nivel confirmatorio, se probaron cinco modelos, que se fueron planteando de acuerdo con los resultados del AFE y los índices de modificación, y con el planteamiento de relaciones plausibles entre errores. Aunque no se consiguieron adecuados índices de bondad de ajuste incremental (NFI, IFI ni CFI), se encontraron índices de ajuste absoluto más cercanos a los criterios de bondad. El modelo que mejor se aproximó a lo teórico fue el quinto modelo ($\chi^2/\text{gl}=2.815$, $NFI=.74$, $IFI=.816$, $CFI=.814$, $RMSEA=.068$). Al observar los índices de ajuste con modelos de cinco factores revisados en el FFMQ, se encontró concordancia con el estudio de Veehof et al. (2011) quienes obtuvieron RMSEA de .80 y $\chi^2/\text{gl}=1.94$. Diferencias con el de Deng et al. (2011) con índices $\chi^2/\text{gl}=2.084$, NFI de .869, IFI de .927.

CFI de .926 y RMSEA de .067, y con el estudio original (Baer et al., 2008), quienes obtuvieron un modelo mejor ajustado con un CFI de .97, y RMSEA de .07. El hecho de que se presente la tendencia a obtener mejores índices de ajuste absoluto que de ajuste incremental indica que el modelo logra predecir con un buen nivel de confianza la matriz de covarianzas, pero presenta dificultades para comparar estas relaciones contra un modelo nulo.

De acuerdo con lo anterior, en futuros estudios con el FFMQ en este contexto, se recomienda probar un modelo de 4 factores, teniendo en cuenta que en el AFE el quinto factor solo explica un 3.82% de la varianza. Algunos autores han realizado el análisis con 4 factores como Meda et al. (2015) y Quintana (2016), quienes reportan mejores índices de bondad de ajuste incremental y de ajuste absoluto con la exclusión de la dimensión *Observar*, y compararlo con la estructura de cinco factores ya que no es recomendable descartar sin más evidencias de su aporte a las habilidades del Mindfulness. Al respecto Cebolla et al. (2012) refiere que es importante mantener la dimensión de *Observar*, dado que al momento de ser utilizada en muestras clínicas y no clínicas puede ser sensible y tiende a estar relacionada en como el sujeto puede centrarse en amenazas o experiencias desagradables. También puede considerarse la opción de que teóricamente la observación es un precursor para las demás habilidades de conciencia plena (*Describir, Actuar con Conciencia, No juzgar la experiencia y No Reactividad*) o una habilidad necesaria para poder ejecutar las demás, por lo tanto, la construcción de cuatro factores y uno de segundo orden (*Observar*) puede ser plausible a nivel teórico. En este sentido, es evidente que no hay un acuerdo en cuanto a las dimensiones o factores que podrían dar cuenta del mindfulness, se encuentran escalas unidimensionales y multidimensionales conllevando a la necesidad de continuar la investigación para tener unicidad frente a los aspectos conceptuales y de esa manera robustecer la evidencia psicométrica de medidas formales del mindfulness que conlleven no solo a dar cuenta del desarrollo o no de la habilidad sino de sus mecanismos de cambio implicados en su uso terapéutico.

Otra sugerencia para futuros estudios de la estructura interna del FFMQ pueden contemplar la eliminación de algunos ítems, dado que en algunos estudios se hace referencia al funcionamiento de algunos de ellos y la importancia de depurar la escala para mejorar su funcionamiento (Tran et al., 2013), como es el caso de las versiones cortas del FFMQ (Coo & Salanova, 2016; Tran et al., 2013; Hou et al., 2013).

En conclusión, FFMQ se puede considerar como una escala con un buen nivel de confiabilidad y evidencias aceptables de validez sustentadas en la relación con otros constructos y en la estructura de cinco factores que mantiene la coherencia con la versión original. Igualmente, se sugiere realizar un estudio similar que contemple la validación cruzada, con una muestra más grande y representativa de la población colombiana y que incluya análisis de discriminación entre muestra clínica y no clínica, ya que, en los resultados obtenidos, todas las escalas discriminan entre las dos muestras a excepción del FFMQ, aunque no es un instrumento de detección diagnóstica es llamativo que no se encuentren diferencias significativas entre las dos poblaciones.

5. REFERENTES TEÓRICOS Y EMPÍRICOS CONSULTADOS. TODAS REFERENCIAS CONSULTADAS EN LA REVISIÓN SISTEMÁTICA (AUNQUE NO APAREZCAN EN EL ARTÍCULO)

- Abad, F., Olea, J., Ponsada, V., & García, C. (2011). Medición en ciencias sociales y de la salud. España, Madrid: Editorial Síntesis S.A.
- Abell, N., Springer, D. W., & Kamata, A. (2009). Developing and validating rapid assessment instruments. New York: Oxford University Press.
- Aiken, L. (2003). Test psicológicos y evaluación. Undécima edición. Pearson Educación, México, 2003. ISBN: 970-26-0431-1.
- American Psychological Association – APA. (2010). Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. Recuperado de <http://www.apa.org/ethics/code/code-2010.aspx>
- Andreatta, P. B., & Gruppen, L. D. (2009). Conceptualising and classifying validity evidence for simulation. Medical education, 43, 1028-1035.
- Anchorena, Ghiglione, F., & Nader, M. (2017). Psychometric Properties of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in an Argentine Sample Feb 23, 2017, Archives of Assessment Psychology. Archives of Assessment Psychology. 7. 29-41.
- Baer, R., Smith, G., & Allen, K. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of mindfulness Skills. Assessment, 11, 191-206. doi:

10.1177 / 1073191104268029

- Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Science and Practice*, 10(2): 125-143
- Baer, R., Smith, G., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27–45. <http://dx.doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., & Williams, J. M. G. (2008). Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, 15(3), 329–42. doi:10.1177/1073191107313003
- Baer, R. A. (2010). *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Barraca, J. (2006). Editorial. Las terapias de conducta de tercera generación: ¿parientes políticos o hermanos carnales? *EduPsykhé*, 5, 147-157.
- Batista-Foguet, J.M., Coenders, G., & Alonso, J. (2004). Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Medicina Clínica*, 122, 21-27.
- Bergomi, C., Tschacher, W., & Kupper, Z. (2012). The Assessment of Mindfulness with Self-Report Measures: Existing Scales and Open Issues. *Mindfulness*, 4(3), 191–202. doi:10.1007/s12671-012-0110-9
- Bohlmeijer, E., ten Klooster, P. M., Fledderus, M., Veehof, M., & Baer, R. (2011). Psychometric Properties of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in Depressed Adults and Development of a Short Form. *Assessment*, 18(3), 308–20. doi:10.1177/1073191111408231
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11: 230-241. doi:10.1093/clipsy.bph077
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Clifasefi, SL, Grow, J., Chawla, N., Hsu, SH... Larimer, ME (2014). Eficacia relativa de la prevención de recaídas basada en la atención plena, la prevención de recaídas estándar y el tratamiento como habitual para los trastornos por consumo de sustancias: un ensayo clínico aleatorizado. *JAMA Psychiatry*, 71 (5), 547-556. <http://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.4546>
- Buchheld, N., Grossman, P., & Walach, H. (2001). Measuring mindfulness in insight meditation and meditation-based psychotherapy. The development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Journal for Meditation and Meditation Research*, 1, 11–34. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2005.11.025>
- Brown, W., & Ryan, M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822–848. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research*. New York: The Guilford Press.
- Cardaciotto, L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Moitra, E., & Farrow, V. (2008). The assessment of present-moment awareness and acceptance: The Philadelphia mindfulness scale. *Assessment*, 15, 204–223. <http://dx.doi.org/10.1177/1073191107311467>
- Carretero, H., & Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 521-551.
- Carmody, J., & Baer R. (2008). Las relaciones entre la práctica de la atención plena y los niveles de atención plena, los síntomas médicos y psicológicos y el bienestar en un programa de reducción del estrés basado en la atención plena. *J Behav Medicine*; 31: 23-33.
- Cash, M., & Whittingham K. (2010). ¿Qué facetas de Mindfulness contribuyen al bienestar psicológico y a la sintomatología depresiva, ansiosa y relacionada con el estrés? *Mindfulness*; 1: 177-182.
- Caycedo, C., & Novoa, M. M. (2010). Entrenamiento en mindfulness en madres de familia: su relación con la regulación emocional. (Tesis de Maestría). Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Recuperado de <https://goo.gl/SPs8TW>
- Cebolla, A., & Miró, MT. (2007). Eficacia de la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena en el tratamiento de la depresión. *Revista de Psicoterapia*; 66/67: 133-157.
- Cebolla, A., Soler, J., Guillen, V., & Botella, C. (2012). Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *The European Journal of Psychiatry*, 26(2), 118–126.
- Cohen & Manion. (1990). *Métodos de investigación Educativa*. Madrid: Ediciones La Muralla.

- Cohen, R. J., & Swerdlik, M. E. (2009). *Psychological Testing and Assessment: An Introduction to Tests and Measurement* (7.a Ed.). Boston: McGraw-Hill.
- Coo, C., & Salanova, M. (2016). Validación española de la escala abreviada Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ): Un estudio piloto. *Àgora de salut*, 103-110. 10.6035/AgoraSalut.2016.3.11.
- Cook, D. A., y Beckman, T. J. (2006) Current concepts in validity and reliability for psychometric instruments: theory and application. *The American Journal of Medicine*, 119(2), 7-16. doi:116.e7-116.e16.
- Coutiño, A. M. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): la atención plena/mindfulness. *Revista internacional de psicología*, 12(01), 1-18. <https://doi.org/10.33670/18181023.v12i01.66>
- Chadwick, P., Hember, M., Symes, J., Peters, E., Kuipers, E., & Dagnan, D. (2008). Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: Reliability and validity of the Southampton mindfulness questionnaire (SMQ). *British Journal of Clinical Psychology*, 47, 451-455. <http://dx.doi.org/10.1348/014466508X314891>
- Chahín-Pinzón, N. (2014). Aspectos a tener en cuenta cuando se realiza una adaptación de test entre diferentes culturas. [Online] Redalyc.org. Available at: <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297232756008.pdf> [Accessed 31 May 2018].
- Chahín-Pinzón, N. (2015). Consideraciones y reflexiones acerca de la versión colombiana de la escala Barratt de impulsividad para niños (BIS11c). *Psicogente*, 18(34), 396-405. <http://doi.org/10.17081/psico.18.34.514>
- Creswell, J., Myers, H., Cole, S., & Irwin, M (2009). Los efectos del entrenamiento de meditación de atención plena sobre los linfocitos T CD4 + en adultos infectados con VIH-1: un pequeño ensayo controlado aleatorio. *Brain, Behavior, and Immunity*, 23 (2), 184-188. <http://doi.org/10.1016/j.bbi.2008.07.004>
- Daza, P., Novy, D.M., Stanley, M., & Averill, P. (2002). The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish translation and validation with a Hispanic sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24, 195-205. Doi: 10.1023/A:1016014818163
- De Bruin, I., Topper, M., Muskens, J., Bögels, S., & Kamphuis, J. (2012). Psychometric properties of the Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ) in a meditating and a non-meditating sample. *Assessment*, 19(2), 187-97. doi:10.1177/1073191112446654
- Deng, Y.-Q., Liu, X.-H., Rodriguez, M. A., & Xia, C.-Y. (2011). The Five Facet Mindfulness Questionnaire: Psychometric Properties of the Chinese Version. *Mindfulness*, 2(2), 123-128. doi:10.1007/s12671-011-0050-9
- Downing, S. M. (2003). Validity: on the meaningful interpretation of assessment data. *Medical Education*, 37, 830-837.
- Duran, Y., Guerrero, K., & Cárdenas, S. (2015). Validación del acceptance and action questionnaire - II (AAQ-II) en una muestra universitaria de bogotá, colombia. Tesis de pregrado. Universidad Santo Tomás [online] Repository.usta.edu.co. Available at: <http://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/3389/Duranyesica2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Accessed 31 May 2018].
- Dundas, I., Vøllestad, J., Binder, P., & Sivertsen, B. (2013). The Five Factor Mindfulness Questionnaire in Norway. *Scandinavian Journal of Psychology*, 54(3), 250-60. doi:10.1111/sjop.12044
- Elosua, P. (2003). Sobre la validez de los tests. *Psicothema*, 15(2), 315-321.
- Elosua, P. y Zumbo, B. (2008). Coeficientes de fiabilidad para escalas de respuesta categórica ordenada. *Psicothema*, 20(4), 896- 901.
- Ercikan, K. (2002). Disentangling sources of differential item functioning in multilanguage assessments. *International Journal of Testing*, 2(3), 199-215.
- Evers, A., Sijtsma, K., Lucassen, W., & Meijer, R. R. (2010). The Dutch review process for evaluating the quality of psychological tests: history, procedure, and results. *International Journal of Testing*, 10, 295-317.
- Feldman, G. C., Hayes, A. M., Kumar, S. M., Kamholz, B., Greeson, J. M., & Laurenceau, J. P. (2005). Assessing Mindfulness in the Context of Emotion Regulation: The Revised Cognitive and Affective Mindfulness Scale (CAMS-R). Paper presented at the annual convention of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies, Washington, DC.
- Ferrando, P.J. y Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en Psicología. *Papeles del Psicólogo: Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 31(1), 18-33.
- Forsyth, J. P., Lejuez, C. W., Hawkins, R. P., & Eifert, G. H. (1996). Cognitive vs. contextual causation: different world views but perhaps not irreconcilable.

- Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 27, 369-376
- Fleiss, J. 1971. Measuring nominal scale agreement among many raters. *Ž. Psychol. Bull.*, 76, 378,382.
- Flora, D. B., & Flake, J. K. (2017). The purpose and practice of exploratory and confirmatory factor analysis in psychological research: Decisions for scale development and validation, *Canadian Journal of Behavioural Science*, 49(2), 78-88.
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference*. 11.0 update (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Germer, C., Siegel, R., & Fulton, P. (2005). *Mindfulness and Psychotherapy*. New York: Guilford.
- Gil-Sánchez, R. (2016). *Aplicación de la terapia cognitiva basada en mindfulness y compasión a personas en duelo* (Tesis doctoral). Universidad de Valencia, Valencia.
- Goodwin, L. D., y Leech, N. L. (2003). The meaning of validity in the new standards for educational and psychological testing: implications for measurement courses. *Measurement and Evolution in Counselling and Development*, 35, 181-191.
- Goldberg, D., & Williams, P., 1988. *A user's guide to the General Health Questionnaire*. NFER-Nelson, Windsor, UK.
- Hambleton, R. K., & Patsula, L. (1998). Adapting tests for use in multiple languages and cultures. *Social Indicators Research*, 43, 153-171
- Hankins, M., 2008. The reliability of the twelve-item General Health Questionnaire (GHQ12) under realistic assumptions. *BMC Public Health*, 8, 355.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. Nueva York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C. (2004). *Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies*. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S.C., & Shenk, C. (2004). Operacionalizar la atención plena sin archivos adjuntos innecesarios. *Psicología clínica: ciencia y práctica*, 11, 249-254.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G., Bissett, R.T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M.A., Dykstra, T.A., Batten, S.V., Bergan, J., Stewart, S.H., Zvolensky, M.J., Eifert, G.H., Bond, F.W., Fosyth, J.P., Karekla, M., & McCurry, S.M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553-578.
- Hernández-Vargas, E., Valencia-Lara, S., & Rodríguez-Valderrama, J. (2003). De la sección de psicotecnia al laboratorio de psicometría: seis décadas de algo más que medición psicológica en Colombia. Recuperado 30 mayo, 2018, de http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/6713/7036/3942/De_La_Seccion_De_Psicotecnica_Al_Laboratorio_De_Psicometria_Seis_Decadas_De_Algo_Mas_Que_Medicion_Psicologica_En_Colombia.pdf
- Heeren, A., Douilliez, C., Peschard, V., Debrauwere, L., & Philippot, P. (2011). Cross-cultural validity of the Five Facets Mindfulness Questionnaire: Adaptation and validation in a French-speaking sample. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 61(3), 147–151. doi:10.1016/j.erap.2011.02.001
- Hölzel BK, Lazar SW, Gard T, Schuman-Olivier Z, Vago DR, Ott U. (2011). How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action from a Conceptual and Neural Perspective. *Perspect Psychol Sci*; 6 (6): 537-9. DOI: 10.1177/1745691611419671
- Hou, J., Wong, S., Lo, H., Mak, W., & Ma, H. (2014). Validation of a Chinese Version of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in Hong Kong and Development of a Short Form. *Assessment*, 21(3), 363–371. doi:10.1177/1073191113485121
- Hui, C. H., & Triandis, H. C. (1985). Measurement in cross cultural psychology. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 16, 131-152.
- Jöreskog, KG. (1971). Statistical analysis of sets of congeneric tests. *Psychometrika*, 36, pp. 109-133.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Dell Publishing; New York.
- Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, Z., Scharf, M. J., Cropley, T. G. (1998). Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine*, 50, 625–632.
- Kabat-Zinn, J. (2003) Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 10(2), 144-156

- Kerlinger, F., & Lee, H. (2002). Investigación del comportamiento. México: McGraw Hill/ Interamericana.
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R.S., Byford, S., et al. (2010). ¿Cómo funciona la terapia cognitiva basada en mindfulness? *Behav Res Ther*; 48: 1105-1112.
- Kline, P. (2002). *Handbook of Psychological Testing* (2da. Ed.). Londres: Routledge
- Lau, M. A., Bishop, S. R., Segal, Z. V., Buis, T., Anderson, N. D., Carlson, L., et al. (2006). The Toronto mindfulness scale: Development and validation. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 1445–1467. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20326>
- Lilja, J. L., Frodi-Lundgren, A., Hanse, J. J., Josefsson, T., Lundh, L.-G., Sköld, C., & Broberg, A. G. (2011). Five Facets mindfulness Questionnaire--reliability and factor structure: a Swedish version. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40(4), 291303.doi:10.1080/16506073.2011.580367
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford.
- Lovibond P.F., & Lovibond S.H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343. Doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-U
- Martín, A. (2008). *Con rumbo propio. Responder a situaciones de crisis*. Barcelona: Plataforma Editorial.
- Martin Asuero, A (2012). *Efectividad de un programa educativo en Conciencia Plena (Mindfulness) para reducir el Burnout y mejorar la Empatía, en profesionales de Atención Primaria (tesis doctoral)*. Universidad de Barcelona, Bellaterra.
- Martínez-Gómez, J., Guerrero-Rodríguez, S.M., & Rey-Anacona, C.A. (2012). Evaluación de la validez de constructo y la confiabilidad del inventario de masculinidad y femineidad en adolescentes y adultos jóvenes colombianos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30 (1), 170-181.
- McDonald, R. P. (1999). *Test theory: A unified treatment*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Mead, A. D. (2005). Reliability: definitions and estimation. En B.S. Everitt, y D. C. Howell (eds), *Encyclopedia of Statistics in Behavioral Science* (pp. 1733-1735). Chichester: John Wiley and Sons.
- Meda, R., Herrero, M., Blanco, L., Moreno, B., & Palomera, A. (2015). Propiedades psicométricas del “cuestionario de cinco facetas de la conciencia plena” (five facet mindfulness questionnaire, FFMQ-M) en México. 23. 467-487.
- Montero, I., & León, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847–862.
- Mola-Gubbins, A. L. (2009). *Confiabilidad y validez de constructo del FFMQ en un grupo de meditadores y no meditadores [The reliability and validity of FFMQ constructs for a group of meditators and nonmeditators]* (Unpublished master’s thesis). Catholic University, Lima, Peru. Retrieved from http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/413/LORET_DE_M
- Muñiz, J. (1998). La medición de lo psicológico. *Psicothema*, 10, 1–21.
- Murphy, K. R., & Davidshofer, C. O. (2005). *Psychological Testing: Principles and Applications*. New Jersey: Pearson/Prentice Hall.
- Nunnally, J. C. & Bernstein, I. J. (1995). *Teoría Psicométrica* (3ª ed). México, D.F.: McGraw-Hill Latinamericana.
- Oró Palau, P. (2016). *Efectos de un entrenamiento basado en mindfulness (atención o conciencia plena) sobre la salud psíquica y las habilidades de autocuidado y cuidado de otros en estudiantes de medicina (tesis doctoral)*. Universidad de Lleida, España.
- Pérez-Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé*, 5, 159-172.
- Pérez-Gil, J., Chacón, S., & Moreno, R. (2000). Validez de constructo: el uso de análisis factorial exploratorio-confirmatorio para obtener evidencias de validez. *Psicothema* 12(2), 442-446. ISSN: 0214-9915
- Pickert, K. (2014). La revolución consciente. *Tiempo*, 183 (4). Obtenido de <http://time.com/1556/the-mindful-revolution/> Google Scholar
- Quintana, B. (2016). *Evaluación del Mindfulness: aplicación del cuestionario Mindfulness de cinco facetas (FFMQ) en población española (tesis doctoral)*. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Randolph, J. J. (2005). Free-marginal multirater kappa: An alternative to Fleiss’ fixed-marginal multirater kappa. Paper presented at the Joensuu University Learning and Instruction Symposium 2005, Joensuu, Finland, October 14-15th, 2005. (ERIC Document Reproduction Service No. ED490661)
- Roncero, C. (2015). La validación de instrumentos psicométricos: un asunto capital en la salud mental. [online] Redalyc.org. Available at:

- <http://www.redalyc.org/pdf/582/58241191001.pdf> [Accessed 31 May 2018].
- Rocha, K., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., & Obiols J.E. (2011). Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población española. *Int J Clin Helth Psyc.* 11, 125-139.
- Ruiz, F. J., Langer, A. I., Luciano, C., Cangas, A. J., & Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire - II. Universidad de Almería. *Psicothema*, 25(1), 123-129.
- Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Cárdenas-Sierra, S., Durán, Y., Guerrero, K., & Riaño-Hernández, D. (2016). Psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II in Colombia. *The Psychological Record*, 66, 429-437. <http://dx.doi.org/10.1007/s40732-016-0183-2>.
- Ruiz, F., Suárez, J., & Riaño, D., (2016). Psychometric properties of the Mindful Attention Awareness Scale in Colombian undergraduates, *Suma Psicológica*, Volume 23, Issue 1, 18-24, ISSN 0121-4381. <https://doi.org/10.1016/j.sumpsi.2016.02.003>.
- Ruiz, F., García-Beltrán, D., & Suárez-Falcón, J. (2017). General Health Questionnaire-12 validity in Colombia and factorial equivalence between clinical and nonclinical participants. *Psychiatry Research*, Volume 256, 53-58, ISSN 0165-1781. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.020>.
- Ruiz, F., García-Martin, M., Suarez Falcon, J., & Odriozola, P. (2017). The Hierarchical Factor Structure of the Spanish Version of Depression Anxiety and Stress Scale -21. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17, 1, 97-105.
- Sánchez-López, M. P., Dresch, V., 2008. The 12-item General Health Questionnaire: Reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*, 20, 839-843.
- Sauer, S., Walach, H., Schmidt, S., Hinterberger, T., Lynch, S., Büssing, A., & Kohls, N. (2013). Assessment of Mindfulness: Review on State of the Art. *Mindfulness*, 4(1), 3–17. doi:10.1007/s12671-012-0122-5
- Segal, Z. V., Williams, J. M., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression. A new approach to preventing relapse*. Nueva York: Guilford.
- Siegel, D. (2010). *Cerebro y mindfulness*. Barcelona: Paidós
- Simón, V. M. (2007). Mindfulness y Neurobiología. *Revista de Psicoterapia*, XVII (65); 5-30
- Soler, J., Tejedor, R., Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Cebolla, A., Soriano, J., et al. (2012). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) [[Psychometric properties of the Spanish versión of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)]]]. *Actas Espanolas de Psiquiatría*, 40, 18–25.
- Sugiura, Y., Sato, A., Ito, Y., & Murakami, H. (2011). Development and Validation of the Japanese Version of the Five Facet Mindfulness Questionnaire. *Mindfulness*, 3(2), 85–94. doi:10.1007/s12671-011-0082-1
- Schmidt, C., & Vinet, V. (2015). Atención Plena: Validación del Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) en estudiantes universitarios chilenos. *Terapia psicológica*, 33(2), 93-102. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200004>
- Teasdale, J.D. (1999), Metacognición, mindfulness y la modificación de los trastornos del estado de ánimo. *Clin. Psychol. Psychother.*, 6: 146-155. doi: 10.1002 / (SICI) 1099-0879 (199905) 6: 2 <146 :: AID-CPP195> 3.0.CO; 2-E
- Teasdale, J.D, Segal, Z.V, Williams, J.M.G, Ridgeway, V.A, Soulsby, J.M, & Lau, M.A. (2000). Prevención de la recaída / recurrencia en la depresión mayor mediante terapia cognitiva basada en mindfulness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 615-623. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.68.4.615>
- Timmerman, M. (2005). Factor analysis. Recuperado de <http://www.ppsw.rug.nl/~metimmer/FAMET.pdf>.
- Thompson, B. (2004). *Exploratory and Confirmatory Factor Analysis, Understanding concepts and applications*. Washington: American Psychological Association.

- Tran, U. S., Glück, T. M., & Nader, I. W. (2013). Investigating the Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ): construction of a short form and evidence of a two-factor higher order structure of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 69(9), 951–65. doi:10.1002/jclp.21996
- Vallejo, M. A. (2006). Mindfulness. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 92-99. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1340>.
- Van de Vijver, F., & Hambleton, R. (1996). Translating tests: Some practical guidelines. *European Psychologist*, 1, 89-99.
- Veehof, M., Ten Klooster, P., Taal, E., Westerhof, G., & Bohlmeijer, E. (2011). Psychometric properties of the Dutch Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) in patients with fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*, 30(8), 1045–54. doi:10.1007/s10067-011-1690-9
- Villa, I.C., Zuluaga, C., Restrepo, L.F., 2013. Psychometric properties of the General Health Goldberg GHQ-12 Questionnaire applied at a hospital facility in the city of Medellín. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31, 532-545.
- Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N., & Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness—the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personality and Individual Differences*, 40(8), 1543–1555. doi:10.1016/j.paid.2005.11.025
- Zinbarg, R. E., Revelle, W., Yovel, I. y Li, W. (2005). Cronbach's α , Revelle's β , and McDonald's ω H: their relations with each other and two alternative conceptualizations of reliability. *Psychometrika*, 70, 123-133.

6. APENDICES

SE DEBE ANEXAR EL ARTÍCULO Y LOS DEMÁS ANEXOS QUE SE CONSIDEREN PERTINENTES

FFMQ versión adaptada en una muestra colombiana

Five Factor Mindfulness Questionnaire FFMQ

Elija en cada ítem la alternativa que mejor refleje el grado en que está de acuerdo con cada uno de los enunciados que se indican a continuación.

1	2	3	4	5
Nunca o muy raramente verdad	Raramente verdad	Algunas veces verdad	A menudo verdad	Muy a menudo o siempre verdad

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Cuando camino me fijo a propósito en las sensaciones que tiene mi cuerpo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Fácilmente encuentro las palabras para describir mis sentimientos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Me critico por tener emociones inapropiadas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Me doy cuenta de mis sentimientos y emociones sin tener que reaccionar a ellos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Cuando hago algo, mi mente divaga y me distraigo fácilmente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Cuando me baño, estoy atento a las sensaciones del agua en mi cuerpo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Con facilidad puedo poner en palabras mis creencias, sentimientos y expectativas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. No presto atención a lo que hago porque sueño despierto, porque me preocupo o porque me distraigo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Observo mis sentimientos sin perderme en ellos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

10. Pienso que no debería sentir lo que siento.	1	2	3	4	5
11. Noto como los alimentos y las bebidas afectan a mis pensamientos, sensaciones corporales y emociones.	1	2	3	4	5
12. Se me dificulta encontrar palabras adecuadas para describir lo que siento.	1	2	3	4	5
13. Me distraigo fácilmente	1	2	3	4	5
14. Creo que algunos de mis pensamientos son anormales o malos y que no debería pensar así.	1	2	3	4	5
15. Presto atención a las sensaciones que produce el sol en la cara.	1	2	3	4	5
16. Se me dificulta encontrar las palabras adecuadas para expresar como me siento.	1	2	3	4	5
17. Evalúo si mis pensamientos son buenos o malos.	1	2	3	4	5
18. Me cuesta trabajo estar atento a lo que sucede en el presente.	1	2	3	4	5
19. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, doy un paso atrás y no me dejo llevar por ellos.	1	2	3	4	5
20. Presto atención a sonidos como el del reloj, el trinar de los pájaros o los carros que pasan.	1	2	3	4	5
21. En situaciones difíciles, me detengo a pensar antes de reaccionar.	1	2	3	4	5
22. No puedo encontrar las palabras adecuadas para describir las sensaciones de mi cuerpo.	1	2	3	4	5
23. Actúo en "piloto automático", sin prestar atención a lo que hago.	1	2	3	4	5
24. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, me calmo en poco tiempo.	1	2	3	4	5
25. Me digo a mí mismo/a que no debería pensar como pienso.	1	2	3	4	5
26. Me fijo en el olor y el aroma de las cosas.	1	2	3	4	5
27. Incluso cuando estoy molesto, encuentro una forma de expresarlo con palabras.	1	2	3	4	5
28. Hago actividades de afán, sin estar de verdad atento/a a ellas.	1	2	3	4	5
29. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras soy capaz de notarlas sin reaccionar.	1	2	3	4	5
30. Creo que algunas de mis emociones son malas o inapropiadas y que no debería sentirlas.	1	2	3	4	5
31. Me fijo en elementos visuales en la naturaleza o en el arte, como colores, formas, texturas o luces y sombras.	1	2	3	4	5
32. Se me facilita poner mis experiencias en palabras.	1	2	3	4	5
33. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, las noto y las dejo ir.	1	2	3	4	5
34. Hago tareas automáticas, sin ser consciente de lo que hago.	1	2	3	4	5
35. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, me juzgo como bueno o malo.	1	2	3	4	5
36. Presto atención a cómo mis emociones afectan a mis pensamientos y mi conducta.	1	2	3	4	5
37. Puedo describir como me siento con detalle.	1	2	3	4	5

